Lane Medical Library

Aus der Frauenklinik der Universität Heidelberg.
Direktor: Professor Dr. Runge.

Therapie und Erfolge bei Blasenscheidenfisteln an der Frauenklinik der Universität Heidelberg von 1910—1934.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Ruprecht-Karls-Universität zu Heidelberg

vorgelegt von

Maria Hallbauer

aus Pforzheim.

Buchdruckerei Thiele, Gütersloh i. Westf.

Aus der Frauenklinik der Universität Heidelberg.
Direktor: Professor Dr. Runge.

Therapie und Erfolge bei Blasenscheidenfisteln an der Frauenklinik der Universität Heidelberg von 1910—1934.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Ruprecht-Karls-Universität zu Heidelberg

vorgelegt von

Maria Hallbauer

aus Pforzheim.

Buchdruckerei Thiele, Gütersloh i. Westf.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg.

Dekan: Professor Dr. R u n g e.

Referent: Dr. J a c o b i.

Therapie und Erfolge bei Blasenscheidenfisteln an der Frauenklinik der Universität Heidelberg von 1910—1934.

Die Entstehung von Blasen-Genitalfisteln ist auf geburtshilfliche Traumen zurückzuführen oder auch auf Verletzungen bei gynaekologischen Operationen, wie bei der vaginalen Entfernung von Myomen oder einer Totalexstirpation des Uterus. Nur in einem geringen Prozentsatz läßt sich die Ursache in zu lange liegen gebliebenen Pessaren, Konkrementen der Blase oder Geschwulstbildung finden. Die geburtshilflichen Fisteln überwiegen bei weitem die gynaekologischen, obwohl diese in den letzten Jahrzehnten zugenommen haben.

Verletzungen der Harnorgane während der Geburt können auf zweifache Weise zustande kommen: entweder durch eine erschwerte Geburt infolge zu engen Beckens oder durch direkte Verletzung bei unsachgemäßem Gebrauch von Instrumenten seitens des Arztes. Selbst bei normalem Becken ist es nicht ausgeschlossen, daß Fistelbildung eintreten kann bei einer falschen Lage des Kindes oder bei einem Mißverhältnis von Kind und weiblichem Becken, wie es bei Hydrocephalus oder einer außergewöhnlichen Größe der Frucht gegeben ist.

Ist während des Geburtsverlaufes der Kopf im kleinen Becken eingeklemmt, so wird naturgemäß ein zu starker Druck auf die den Kopf umgebenden Weichteile ausgeübt. Dieser Druck wird umso stärker sein, je enger das Becken der Mutter und je größer der Kopf des Kindes ist, und die schädlichen Folgen werden umso größer sein, je länger der Geburtsverlauf dauert; denn der lange Zeit anhaltende, wenn auch manchmal nicht allzu starke Druck ist gefährlicher für eine Durchquetschung als eine kurze, oft starke Kompression, bei der das Gewebe sich rasch wieder von der Ischämie erholt.

Je nach Stand des Kopfes während der Geburt wird auch der Sitz der Fistel zu suchen sein. Es entstehen demnach: Harnröhrenscheiden-, Blasenscheiden-, Blasen-Gebärmutterfisteln, Harnleiterscheiden- und Harnleitergebärmutterfisteln.

Am häufigsten kommen Blasenscheidenfisteln vor. Ihre Größe ist außerordentlich schwankend. Fisteln von Stecknadelkopfgröße bis zu Defekten für Fingerdurchgängigkeit, ja selbst bis zum fast vollständigen Fehlen der Zwischenwand von Blase und Scheide sind bekannt. Ebenso wie ihre Größe wechselt ihre Form: die kleinen sind mehr rund oder oval, während die größeren meist

sehr unregelmäßige Formen annehmen, die durch Narbenzug bedingt sind.

Bei dem Druck des Kopfes gegen die Weichteile ist das meist gefährdetste Organ die Blase, die ihrer Lage entsprechend gegen die Symphyse angepreßt wird. Dabei wird eine Zirkulationsstörung geschaffen, die zunächst zu dauernder Ischämie und dann zu einer Drucknekrose führt. Die gangränöse Stelle stößt sich im Verlauf des Wochenbettes ab und durch den Substanzverlust entsteht eine offene Kommunikation zwischen Genitalkanal und Blase. Zwei und mehr Fisteln nebeneinander sind keine Seltenheit. Sie weisen auf große Zerstörungen hin. Untereinander können sie durch Gewebsbrücken verbunden sein, die noch ernährt sind, oder durch Narbenstränge. Beim Vorhandensein von mehreren Fisteln ist die Lage derselben meist hintereinander, sehr selten nebeneinander.

Nach Abstoßung des nekrotischen Gewebsstückes sind die Wundränder infiltriert, entzündlich geschwollen, mit zahlreichen Mikroorganismen durchsetzt. Bei kleinen Defekten kann eine Spontanheilung durch Zusammenwachsen der Granulationen eintreten, während bei zu großen Defekten dieser Heilungsprozeß nicht möglich ist. Jedenfalls kommt durch narbige Schrumpfung der Fistelränder eine Verkleinerung zustande. In ihrer endgültigen Form erscheinen die Ränder dünn und scharf, meist narbig eingezogen.

Während bei Fisteln, die auf traumatischem Wege entstanden sind, der Harn sofort durch die Öffnung abfließt, kommt unwillkürlicher Urinabgang bei Drucknekrose erst 3—5 Tage post partum zustande, wenn die Abstoßung des Schorfes erfolgt ist. Die Diagnose ist in den ersten Wochenbettstagen bei instrumentellen Verletzungen oft nicht leicht zu stellen, da der Harn mit den Lochien gemischt ist. Beruht die Fistelbildung jedoch auf Druckgangrän, so besteht direkt nach der Geburt völlige Kontinenz bis innerhalb von 2—3 Tagen, manchmal auch erheblich später, die gequetschte Stelle abgestoßen ist, und die ganze Harnmenge durch die Scheide abfließt. Es besteht nun dauernde Incontinentia urinae mit all den unangenehmen Folgeerscheinungen. Die Patientinnen sind dauernd naß, durch Zersetzung des ammoniakalischen Harns treten an den äußeren Genitalien und an den Oberschenkeln Entzündungserscheinungen auf. Die Haut ist gerötet, wund, Ekzembildung ist nicht ausgeschlossen.

Die Menstruation ist bei bestehenden Blasenscheidenfisteln oft gestört. Sie kann regelmäßig wiederkehren, oft längere Zeit aussetzen oder ganz ausbleiben, und erst nach Beseitigung des Defektes normal wieder eintreten. Schwangerschaft ist trotz alledem beobachtet worden. Es birgt jedoch jede Schwangerschaft, selbst nach erfolgter Fisteloperation, die Gefahr in sich, daß durch die Geburt der Fistelverschluß wieder gesprengt werden kann. Es mag

deshalb ratsam sein, die Entbindung durch den Kaiserschnitt zu machen.

Bei sehr tiefem Sitz und bei großem Substanzverlust besteht Incontinentia urinae bei jeder Stellung. Die Blase verliert hiermit ihre Funktion, die Capacität wird durch die eintretende Schrumpfung erheblich herabgesetzt, die Blasenmuskulatur ist dauernd contrahiert und somit verdickt. Ist der Defekt umfangreich, so ist es nicht selten, daß ein Teil oder gar die ganze Blasenschleimhaut prolabiert, und es zu einer Inversion der Blase in die Scheide kommt, sodaß die Blase von außen sichtbar wird.

Die Diagnose ist meist schon aus der Anamnese ersichtlich. Differentialdiagnostisch kommt zunächst eine Schwächung oder Lähmung des m. sphincter vesicae in Frage. Gewöhnlich ist für eine Blasenscheidenfistel das ständige Abfließen des Urins bezeichnend. Ist jedoch der Sitz einer Fistel hochoben in der Vagina, so tritt der Urinabfluß erst dann ein, wenn der Urinspiegel in der Blase die Höhe der Perforation erreicht hat. Bei kleinen Fisteln ist willkürlicher Harnabfluß wie Harnträufeln möglich. Es gibt auch Fisteln, deren Fistelgang abgeknickt ist, was für die Diagnose Schwierigkeiten bereiten kann.

Zunächst muß genauer Sitz und Größe des Substanzverlustes festgestellt werden. Die Untersuchung wird erst per vaginam vorgenommen. Einen größeren Defekt findet man leicht durch den touchierenden Finger, kleinere Substanzverluste lassen sich durch Zuhilfenahme eines Rinnenspekulums nachweisen. Sicherung der Diagnose ergibt das Berühren eines per urethram in die Blase eingeführten Katheters mit einer Sonde, die man von der Scheide aus in das Blasenlumen vorschiebt. In schwierigen Fällen greift man zu einer Blasenspülung, durch die man feststellt, ob die injizierte Flüssigkeit in der Vagina erscheint. Steht die Blase unter starkem Druck, so beobachtet man im Speculum das Hervorquillen der Flüssigkeit. Als Spülflüssigkeit verwendet man eine antiseptische Flüssigkeit, die durch ihre Farbe die Erkennung begünstigt, wie Milch, Methylenblau oder Caliumpermanganat.

In neuerer Zeit hat man sich die cystoskopische Untersuchung der Blase zunutze gemacht. Man tamponiert die Scheide mit einem Colpeurynter, um das Loch in der Blasenscheidenwand abzudichten. Dann kann man die Lage und Größe des Substanzverlustes feststellen. Am häufigsten findet man die Blasenscheidenfistel in der Gegend des lig. interuretericum, als ein rundes oder ovales Loch mit narbig verzerrtem Rand. Die Blasen- und die Scheidenschleimhaut sind durch den Vernarbungsprozeß einander zugekehrt, sodaß auf beiden Seiten trichterförmige Vertiefungen entstehen. Außer auf die Fistel selbst ist auch auf das Verhältnis ihrer Lage zu den

Ureteren zu achten, was für den operativen Eingriff von Bedeutung werden kann, da bei geringer Entfernung der Uretermündung von der Fistelöffnung ein Mitfassen oder Verletzen des Ureters vermieden werden muß.

Im cystoskopischen Bild läßt sich in der allergrößten Anzahl der Fälle eine Cystitis als Begleiterscheinung nachweisen, die sich auf die ganze Blasenschleimhaut sowohl wie auch nur auf die nächste Umgebung der Fistel ausdehnen kann. Von der Blase aus kann dann die Entzündung ascendieren und zu einer Pyelitis führen.

Von Bedeutung ist außerdem die Cystoskopie zur Auffindung der Ureterenmündungen. Es ist möglich, daß eine derselben in das Bereich der Fistel fällt, wie es bei manchen Fällen von Ureterscheidenfisteln der Fall ist. Es sind zwei Möglichkeiten vorhanden: Einmal, der Ureter ist völlig von der Blase getrennt, dann kommt seine Funktion in Wegfall oder er ist nur verletzt, dann ist seine Aktion nicht ganz erloschen, da noch eine Verbindung von Niere und Blase besteht. Zur Sicherung der Diagnose bedient man sich außer der Cystoskopie noch anderer Hilfsmittel wie der des Ureterenkatheterismus und der Chromocystoskopie. Letztere beruht darauf, daß Farbstoffe, die intramuskulär injiziert werden, in einer gewissen Zeit ausgeschieden werden. Man benützt am häufigsten eine Lösung von Indigocarmin. Cystoskopisch stellt man dann fest, in welcher Zeit der blaue Farbstoff aus den Ureterenmündungen in die Blase austritt. Normalerweise tritt dies in 4—12 Minuten ein. Aus dem Fehlen oder einer Verzögerung der Blauausscheidung kann man so auf eine Unterbrechung oder Störung der Nierenfunktion schließen.

In neuerer Zeit hat man das Nierenbecken und die ableitenden Harnwege röntgenologisch, nach Füllung mit einem Kontrastmittel zur Darstellung gebracht. Durch diese Pyelographie können wichtige Veränderungen erkannt werden.

Die Prognose der Blasenscheidenfisteln hängt im allgemeinen von der Größe des Substanzverlustes ab. Kleine Fisteln haben die Tendenz zur Selbstheilung, indem die Wundränder sich wieder durch Granulationen schließen. Es ist deshalb bei kleinen Fisteln ratsam, eine mögliche Spontanheilung innerhalb einiger Wochen nach Ausfall des nekrotischen Stückes abzuwarten. Dabei soll die Heilungstendenz unterstützt werden durch Einlegen eines Dauerkatheters, um so den Abfluß des Urins durch die Scheide zu verhindern. Die meisten Autoren geben 6 Wochen bis ¼ Jahr als Wartezeit an. Tritt kein Erfolg ein, so ist die Indikation zur operativen Schließung des Defektes gegeben.

Nach genauer Feststellung von Sitz und Größe der Fistel ist Hauptsache, bei der Vorbereitung zur Operation die Beseitigung von Entzündungsprozessen der Blasen- sowie der Scheidenschleimhaut

durch Scheidenspülungen und Behandlung mit Harnantiseptica. Erst dann darf zur Operation geschritten werden.

Die Operationsmethoden von Blasenscheidenfisteln, die in der Literatur angegeben werden, sind zahlreich, ein Beweis dafür, wie schwierig sich der operative Verschluß eines solchen Defektes gestalten kann.

Jobert de Lamballe ist 1834 zum ersten Mal den Weg der operativen Behandlung von Blasenscheidenfisteln gegangen, obwohl die ersten Aufzeichnungen über Urinfisteln aus dem Ende des 16. und Anfang des 17. Jahrhunderts stammen.

Bei jeder Fisteloperation kann man im wesentlichen drei verschiedene Akte unterscheiden. Erst muß die Fistel so freigelegt werden, daß sie für den operativen Eingriff gut zugänglich ist. Erweist sich die Scheide als sehr eng, so kann man durch eine Episiotomie oder durch einen Schuchardt'schen Schnitt für bessere Raumverhältnisse sorgen. Nach Einstellung der Specula wird nun die Portio mit Kugelzangen nach abwärts gezogen. Als nächstes erfolgt die Anfrischung der Fistelränder. Durch breite Anfrischung soll das Narbengewebe entfernt und gut blutende Wundflächen geschaffen werden, die dann durch Naht zusammenheilen. Am besten wird die Anfrischung zirkulär in einem Stück von ½ bis einem Zentimeter Breite vorgenommen. Beim Vorhandensein von mehreren Fisteln, die sehr häufig nahe beieinander liegen und nur durch Narbenstränge voneinander getrennt sind, wird eine Durchtrennung der Septen und Bildung eines einzigen Defektes am vorteilhaftesten sein. Als dritter Akt erfolgt die eigentliche Vereinigung der Wundränder. Bei nicht allzugroßem Substanzverlust geschieht das einfach durch Naht. Dabei soll jede Gewebsschicht für sich genäht werden: Blasenschleimhaut, Muskulatur, Sept. Vesicovaginale und die Scheidenwand. Am haltbarsten hat sich die quere Naht erwiesen.

Die Fisteln lassen sich oft nicht alle nach einer bestimmten Methode verschließen. Der Erfolg hängt von der Schwere des Falles wie auch von der Geschicklichkeit des Chirurgen ab.

An hiesiger Frauenklinik standen mir die Krankenblätter von 1910 bis 1934 von Patientinnen zur Verfügung, die an Blasenscheidenfisteln operiert worden waren. Hier sei zunächst auf die einzelnen Operationsmethoden eingegangen.

Fisteln, die durch Naht, nach Anfrischung geschlossen wurden:

Fall 1: A. R., 36 Jahre, Aufnahme: 29. 6. 11, Entlassung: 29. 7. 11.
Klinische Diagnose: Fistula vesicovaginalis.
Familien-Anamnese: o. B.
Eigene Anamnese: Als Kind Lungenentzündung.
Menstruation: Menarche mit 14 Jahren. 4-wöchentlich, drei Tage.

Geburten: 4. Dauer der letzten Geburt: 3 Tage.

Jetzige Beschwerden: Drei Tage nach der Geburt läuft der Urin durch die Scheide ab.

Gynaekologischer Befund: Vom rechten Muttermundswinkel aus eine bequem für einen Finger durchgängige Fistel.

Operationsbericht: Die Blase ist in der Gegend der Fistel stark verwachsen. Bei der Ablösung und Mobilisierung der Ränder wird die Blasenwand neben der Fistelöffnung eröffnet, die bestehende Brücke zwischen Fistelöffnung und artefizieller Öffnung wird reseziert. Nach vollkommener und weitgehender Mobilisierung der Blase wird das nunmehr entstandene, für zwei Finger bequem durchgängige Loch durch feine Knopfnähte verschlossen. In die Blase wird ein Dauerkatheter eingelegt.

Entlassungsbefund: Patientin liegt trocken, Scheidenwunden glatt verheilt.

Fall 2: W. B., 23 Jahre, Aufnahme: 8. 2. 15, Entlassung: 27. 2. 15.

Klinische Diagnose: Vesicovaginalfistel nach forceps. (Außerhalb der Klinik).

Eigene Anamnese: Familien-Anamnese: o. B.

Menstruation: Menarche mit 14 Jahren, 4-wöchentlich, 4—5 Tage.

Geburten: Eine, forceps wegen Wehenschwäche, 5 Tage gekreißt, Wochenbett fieberhaft.

Jetzige Beschwerden: Seit der letzten Geburt kann Patientin das Wasser nicht mehr halten.

Gynaekologischer Befund: Die vordere Vaginalwand ist narbig verkürzt. Sie geht unmittelbar narbig in die beiden seitlichen Vaginalabschnitte über. Daraus resultiert eine kleine Kulisse, vor der eine Öffnung sitzt. Bei Überfüllung der Blase geht wenig Flüssigkeit durch die Scheide ab.

Operationsbericht: Längsschnitt über die vordere Vaginalwand in der Gegend der Fistelöffnung. Die Fistel wird durch Auffüllen der Blase mit Kochsalzlösung gefunden. Sie sitzt in derbem, narbigem Gewebe, desgleichen die Portio. Verschluß der Fistel mit Catgutnähten. Formierung der Portio und Wiedervereinigung der Scheidenwundränder mit Knopfnähten.

Entlassungsbefund: Geheilt.

Fall 3: M. G., 33 Jahre, Aufnahme 14. 2. 28. Entlassung: 17. 7. 28.

Klinische Diagnose: Blasenscheidenfistel (Stenose der Vagina).

Familien-Anamnese: Mutter an Lungentbc. gestorben, sonst o. B.

Eigene Anamnese: Als Kind Keuchhusten.

Menstruation: Menarche mit 19 Jahren, 4-wöchentlich, im 1. Jahr stets unregelmäßig. Letzte Periode gegen Ende des Jahres 1926.

Geburten: Partus: Dez. 1927. D. R. 2° Kind tot. Dauer der Geburt 98 Stunden (enges Becken).

Jetzige Beschwerden: Am 1. Tage p. p. geht reichlich Wasser durch die Scheide ab. Patientin hat keinen Harndrang.

Gynaekologischer Befund: Im Scheidenrohr besteht eine Stenose, durch die der untersuchende Finger nicht hindurch kommt. Es wird deshalb nur rektal untersucht. Etwa 3 cm oberhalb der Stenose ist die Portio zu fühlen.

Cystoskopie: An der Hinterwand der Blase ein kleines Loch. Die Blasenschleimhaut ist ziemlich gerötet. Es besteht eine Cystitis.

Operationsbericht: Dilatation mit Hegarstiften. Weiterhin wird rechts eine ziemlich tiefe Scheidenincision gemacht. Die Fistelränder werden frei präpariert und mit Fäden gefaßt. Es wird dann mit Knopfnähten die Fistel verschlossen. Da die Blasenspülung noch keine völlige Kontinenz ergibt, werden noch einige Nähte gelegt.

Entlassungsbefund: Patientin kann Wasser halten.

Fall 4: K. R., 40 Jahre. Aufnahme: 9. 10. 30. Entlassung: 11. 11. 30.
Klinische Diagnose: Blasenscheidenfistel.
Familien-Anamnese: Fünf Geschwister lungenkrank.
Eigene Anamnese: 1914 lungenkrank. 1915 in Lungenheilstätte, darauf Besserung bis 1918 nach einer Geburt. 1921 wieder Heilstätte, seitdem Besserung. 1924 Bauchfellvereiterung. Darmfistel nach Abortus. Am 28. 3. 1930: Totalexstirpation des Uterus unter Zurücklassung der linken Adnexe. Appendektomie.
Menstruation: Menarche mit 12 Jahren. 4-wöchentlich, 2—3 Tage.
Geburten: 1911 Zwillinge, ein Kind lebt. 1912 und 1918 Spontangeburten, Kinder leben. 1920: Kind starb mit einem Jahr an Lungenverschleimung. 1924 Abortus.
Jetzige Beschwerden: Patientin kommt am 4. 10. 30, weil Urin nach der letzten Operation aus der Scheide läuft.
Gynaekologischer Befund: Im Wundabschluß eine stecknadelkopfgroße Öffnung, die nach der Blase führt und die von Granulationsgewebe umgeben ist. Die Narbe ist beweglich.
Operationsbericht: Längsschnitt über der Fistel nach oben und unten je etwa 1½ cm. Zunächst Abschieben der Vaginalschleimhaut nach beiden Seiten in etwa 2—3 cm Ausdehnung. Es wird hierdurch eine Gewebsschicht geschaffen, die zwischen Vaginalschleimhaut und äußerer Blasenhülle liegt. Die Blasenschleimhaut liegt in der Umgebung der Fistel in geringer Ausdehnung ebenfalls frei. Durch ganz feine Nähte wird zunächst die Schleimhautfistel versenkt. Eine zweite Knopfnahtschicht überdeckt die erste Naht. Als dritte Naht folgt die der Vaginalschleimhaut. Kontrolle durch Blasenspülung ergibt, daß die Naht vollständig dicht hält.
Entlassungsbericht: Es geht kein Urin mehr durch die Scheide ab.

Eine besondere Methode wird bei der sogenannten Lappenspaltung angewandt. Hier trennt man nach Entfernung des Narbengewebes die Blasenwand von der Scheidenwand los. Jedes Organ wird dann für sich besonders verschlossen, und zwar erfolgt erst der Verschluß von der Blase und dann von der Scheide.

Fall 5: F. S., 45 Jahre. Aufnahme: 17. 1. 26. Entlassung: 9. 2. 26.
Klinische Diagnose: Doppelte Blasenscheidenfistel im Scheidentrichter nach Uterusexstirpation.
Familien-Anamnese: Vater an Nierenleiden, Mutter an Blutvergiftung gestorben. Zwei Geschwister gestorben: an Krebs, an Zucker.
Eigene Anamnese: Als Kind angeblich skrofulös. Mit 15 Jahren Lungenentzündung. Viermal Gesichtsrose. Mit 35 Jahren Furunkulose. Jedes Frühjahr: Rheumatismus, zeitweilig mit Gelenkschwellung.
Menstruation: Menarche mit 12 Jahren, 3-wöchentlich, schmerzhaft.
Geburten: Drei normale Geburten. Letzter Partus 1913.
Jetzige Beschwerden: März 1925: Abdominelle Totalexstirpation des Uterus (außerhalb der Klinik). Zwölf Tage nach der Operation lief Urin aus der Scheide. Fünf Wochen nach der ersten Operation wurde Fisteloperation gemacht (außerhalb der Klinik), jedoch ohne Erfolg. Danach wurde sofort eine Nachoperation gemacht, die auch keinen Erfolg brachte. In den Sommermonaten trat eine Art Selbstheilung ein, sodaß sie verschiedentlich mehrere Tage normal Urin lassen konnte. Oktober 1925: Angeblich Blasensteine entfernt, die sich gebildet hatten, und den Fistelgang zeitweilig verstopften. Seit dieser Zeit läuft Urin durch die Scheide ab.

Cystoskopie: Wenn man eine mit Methylenblau gefärbte Flüssigkeit in die Blase eingießt, so sieht man, wie sie in breiten Strömen hinten aus dem rechten Scheidengewölbe herausquillt. Die Fistel sitzt hier in einer tiefen Nische. Beide Ureteren sind frei.

Operationsbericht: Es wird zunächst ein Längsschnitt über den ganzen Scheidentrichter hinweg angelegt und die Blase weitgehend von der Scheide mobilisiert. Eine Methylenblauinfiltration in die Blase zeigt nun zwei Fisteln, die nahe beieinander liegen. Die beiden Fisteln werden nicht zu einem einzigen Loch vereinigt wegen der Gefahr eines zu großen Blasendefektes. Es wird deshalb jede Fistel durch Einstülpung der Blasenwand eng übernäht. Die Scheidenwand wird mit Knopfnähten verschlossen.

Entlassungsbefund: Geheilt.

———

Fall 6: L. G., 47 Jahre. Aufnahme: 8. 11. 26. Entlassung: 28. 11. 1926.

Klinische Diagnose: Postoperative Blasenscheidenfistel.

Familien-Anamnese: Mutter an Herzleiden gestorben.

Eigene Anamnese: Am 19. 8. 26 Radikaloperation bei Myomatosis uteri und linksseitigem Ovarialtumor. Appendektomie.

Menstruation: Menarche mit 17 Jahren. 4-wöchentlich, schmerzhaft. Letzte Periode vor drei Wochen.

Geburten: Drei. Erste in Steißlage, zweite und dritte in Kopflage.

Jetzige Beschwerden: Am 4. 11. fließt Urin durch die Scheide ab.

Cystoskopie: Blase mit Zyanat gefüllt. In Scheide Kolpeurynter eingelegt. Man sieht nun im Fundus der Blase drei Fisteln, längs gestellte Schlitze. Es sind offenbar Fädenführungen, die nach der Blase hindurchgebrochen sind.

Operationsbericht: Zwei Fisteln liegen gegen den Scheideneingang, die dritte wesentlich weiter oben. Zunächst werden die drei Fistelmündungen vereinigt. Die Scheidenwand wird nach oben und unten abpräpariert. Die Fistellöcher werden durch Knopfnähte geschlossen. Zum Schluß wird die Scheidenwunde in querer Richtung vereinigt.

Entlassungsbefund: Geheilt entlassen.

———

Fall 7: M E., 38 Jahre. Aufnahme: 10. 3. 27. Entlassung: 5. 4. 27.

Klinische Diagnose: Blasenscheidenfistel.

Familien-Anamnese: Vater an Altersschwäche, Mutter in Irrenanstalt gestorben.

Eigene Anamnese: 1925 Kopfgrippe, Lungenentzündung.

Menstruation: Menarche mit 13 Jahren, 6—7 Tage.

Geburten: Sechs Spontangeburten. Kinder leben. Eine Kraniotomie (November 1926).

Jetzige Beschwerden: In den ersten Tagen nach der Geburt hatte Patientin brennende Schmerzen beim Wasserlassen, die aber nach 12 Tagen aufhörten. Dann bemerkte Patientin, daß ganz unwillkürlich Wasser abging, das sich aber aus der Scheide entleerte.

Gynäkologischer Befund: Beim Pressen tritt die hintere Scheidenwand in mäßiger Ausdehnung herunter, außerdem fließt etwas Urin aus der Scheide ab. Etwa 3 cm oberhalb des Introitus vaginae sieht man in der Mitte der vorderen Scheidenwand eine polypöse Wucherung, die sich als ektropionierte Blasenschleimhaut entpuppt. Hier ist die Kommunikation mit der Blase.

Cystoskopie: Die Cystoskopie ergibt hart neben dem linken Uretermund einen recht großen Defekt, der kreisrund ist und durch den sich der Kolpeurynter in die Blase hineinwölbt.

Operationsbericht: Die Blase wird im Bereich der Fistel ringsum von der Scheidenwand abpräpariert. Nachdem dies geschehen ist, wird sie in zwei über-

einanderliegenden Knopfnahtreihen verschlossen. Schluß der Scheidenwand. Einlegen eines Dauerkatheters.

Entlassungsbefund: Patientin geheilt entlassen.

In schwierigeren Fällen erzielt man Erfolge durch plastischen Verschluß des Defektes. So wird auch von Fritsch eine Lappenplastik angegeben. Am gegebensten ist die Rekonstruktion durch Verwendung des Scheidengewebes selbst.

Fall 8: A. B., 29 Jahre. Aufnahme: 13. 4. 11. Entlassung: 8. 8. 11.

Klinische Diagnose: Blasenscheidenfistel bei völlig geschrumpfter Blase. Cystitis gangraenosa.

Familien-Anamnese: o. B.

Eigene Anamnese: Februar 1911: Colpocystostomie bei Cystitis gangraenosa. Nekrotische Blasenwand größtenteils entfernt. Mit einer für einen Finger durchgängigen Fistel entlassen.

Menstruation: Menarche mit 15 Jahren. 4-wöchentlich, 4—5 Tage. Letzte Regel vor zwei Jahren.

Geburten: Juni 1910 Spontangeburt.

Jetzige Beschwerden: Urin fließt durch die Scheide ab.

Gynaekologischer Befund: Äußeres Genitale leicht ekzematös, besonders die Umgebung des Anus. Spekular: Etwa eine viertel Phalange hinter dem Introitus in einer Narbe, herrührend von der Kolpocystostomie, die kleine Fistelöffnung, aus der Urin abfließt. Die Scheide zeigt normale Schleimhaut, ebenso die Portio.

Operationsbericht: Über dem Längsschnitt über die vordere Vaginalwand wird die in die Fistelöffnung eingekrempelte Schleimhaut präparatorisch gelöst. Der Blasenhalsraum ist auf ein Minimum zusammengeschrumpft. Soweit als möglich wird die Scheidenwand um den Fistelrand herum mobilisiert. Die Fistelöffnung, die dann dargestellt ist, wird durch feine Knopfnähte geschlossen, ohne Resektion, die mobilisierten Scheidenwundränder ebenfalls durch Knopfnähte vereinigt. Dauerkatheter in die Blase.

Entlassungsbefund: Blase kontinent.

———

Fall 9. K. E., 33 Jahre. Aufnahme: 23. 10. 11. Entlassung: 27. 11. 11.

Klinische Diagnose: Blasenscheidenfistel, Blasencervixfistel.

Familien-Anamnese, Eigene Anamnese: o. B.

Menstruation: Menarche mit 17 Jahren, 4-wöchentlich, 5—6 Tage; letzte Menses: vor 19 Tagen.

Geburten: Am 26. 7. 11 Zangenversuche, Wendung, Kind tot.

Jetzige Beschwerden: 4 Tage p. p. merkte die Patientin, daß Urin aus der Scheide floß. Fieber. Vor drei Wochen Operation. Patientin lag nach Operation fünf Tage trocken, dann floß Urin wieder durch die Scheide ab.

Cystoskopie: Der rechte Ureter funktioniert gut. Der linke zunächst nicht aufzufinden. Es scheint, als ob er in einen Schlitz mündet, der auch die Fistelöffnung darstellt, und durch den auch eine mehr rechts in den Cervikalkanal eingeführte Sonde wieder herauskommt.

Operationsbericht: Es wird in etwas schräger Richtung die Fistel umschnitten und das Blasengewebe mobilisiert. Darauf durch feine Catgutknopfnähte in doppelter Schicht Verschluß der Fistelöffnung, die etwas über linsengroß ist. Funktionsprüfung der Blase ergibt einen vollkommenen Verschluß. Anfrischung der Scheidenwundränder. Exstirpation des kallösen Gewebes. Vereinigung der

Scheidenwunde in querer Richtung, d. h. senkrecht zur Blasennaht. Scene'scher Katheter in die Blase.

Entlassungsbefund: Geheilt.

———

Fall 10: A. D. 27 Jahre. Aufnahme: 19. 10. 12. Entlassung: 15. 1. 13.

Klinische Diagnose: Vesicovaginalfistel.

Familien-Anamnese, Eigene Anamnese: o. B.

Menstruation: Menarche mit 15 Jahren, 4—5-wöchentlich, 5 Tage. Letzte Menses vor drei Tagen.

Geburten: Eine Spontangeburt.

Jetzige Beschwerden: Drei Tage nach einer angeblichen Lösung der Gebärmutter durch den Arzt floß Urin durch die Scheide ab. Behandlung in der Klinik mit Solbädern, Blasenspülungen.

Gynaekologischer Befund: Oberhalb der Portio verläuft in schräger Richtung eine Narbe, die an ihrem Ende eine Öffnung besitzt.

Operationsbericht: Dem Verlauf der bestehenden Narbe entsprechend wird auf die Fistelöffnung eingeschnitten und die Lappenpräparation mit der Schere vorgenommen. Die Blase wird in weiter Ausdehnung von der Scheide losgelöst, das Peritoneum der Blase mobilisiert. Die Fistelränder werden reseziert und die nunmehr etwa erbsengroße Öffnung mittels Knopfnähten vernäht. Darüber eine zweite Nahtreihe. Die Scheidenwunde wird ebenfalls geschlossen. Dauerkatheter.

Entlassungsbefund: Geheilt.

———

Fall 11. E. B., 24 Jahre. Aufnahme: 11. 1. 12. Entlassung: 15. 2. 12.

Klinische Diagnose: Vesicovaginalfistel.

Familien-Anamnese, Eigene Anamnese: o. B.

Menstruation: Menarche mit 14 Jahren, unregelmäßig, 3—5 Tage.

Geburten: Zwei. 1.: Normal; 2.: 28. 1. 10. Embryotomie (Schulter fest im Becken eingeklemmt).

Jetzige Beschwerden: Schon vor Embryotomie floß Urin durch die Scheide ab. Am 6. 4. 10 Fisteloperation. Patientin wurde mit kleiner Fistel entlassen (Wiederaufnahme).

Gynaekologischer Befund: An der vorderen Vaginalwand strahlige Narbe. In der Mitte derselben eine kleine Öffnung. Die Cystoskopie zeigt, daß die Fistelöffnung in der Blasenwand am Musculus sphincter int. der Urethra sitzt.

Operationsbericht: Spaltung der vorderen Vaginalwand durch die Fistelöffnung hindurch auf etwa 5 cm Länge. Die Scheidenschleimhaut wird nach beiden Seiten abpräpariert. Nach Abpräparieren eines genügend großen Lappens wird die Fistelöffnung noch etwas erweitert und das Granulationsgewebe entfernt. Darauf Übernähung der Fistelöffnung und Vereinigung der Scheidenwände. Dauerkatheter.

Entlassungsbefund: Geheilt entlassen.

———

Fall 12: A. R., 67 Jahre. Aufnahme: 1. 7. 12. Entlassung: 30. 7. 12

Klinische Diagnose: Blasenscheidenfistel (Totaler Vaginalprolaps).

Familien-Anamnese: 1 Schwester gestorben an Tumor im Unterleib.

Eigene Anamnese: 1893 Prolapsoperation in hiesiger Klinik. 30. 4. 12 Kolpozystotomie (Klin. Diagn.: Zystozele, Blasenstein), mit Blasenscheidenfistel entlassen.

Menstruation: Menarche mit 18 Jahren. Letzte Menses vor 19 Jahren.

Geburten: 10 Geburten, 7 Kinder leben. 3 klein gestorben.

Jetzige Beschwerden: Wasser fließt durch die Scheide ab.

Gynaekologischer Befund: An Vorderwand der Vagina ca. 1½ cm große Blaseninzisionsöffnung.

Operationsbericht: Umschneidung des Fistelwundrandes. Abpräparieren der Scheide. Anfrischung der Blasenschleimhaut. Naht der Blasenschleimhaut in der Längsrichtung durch eine Reihe von Catgutknopfnähten. Über dem Scheidenwundrand wird die senkrecht nach links verlaufende Blasenwunde vernäht, sodaß die Nahtlinien sich kreuzen.

Hintere Plastik. Aufbau eines mittelhohen Dammes. Einlegen eines Dauerkatheters.

Entlassungsbefund: Scheidenwunde geheilt. Patientin ist vollständig kontinent.

———

Fall 13: K. K. 38 Jahre. Aufnahme: 3. 5. 15. Entlassung: 24. 6. 15.

Klinische Diagnose: Blasenscheidenfistel.

Familien-Anamnese: o. B.

Eigene Anamnese: Als Kind Typhus. Blasenscheidenfisteloperation 1905 im Anschluß an Wendung.

Menstruation: Menarche mit 12½ Jahren, 4-wöchentlich. Letzte Menses 26. bis 28. April.

Geburten: Fünf. Zwei Fehlgeburten (Mens. 4.). Letzte Geburt 1905: Kind in Querlage. Arm vorgefallen, Wendung. Letzte Fehlgeburt 1912.

Jetzige Beschwerden: Patientin kann Urin nicht halten.

Gynaekologischer Befund: Die vordere Scheidenwand ist sehr narbig. Die Fistelstelle muß durch Cystoskopie und Füllungsmethode nachgewiesen werden.

Operationsbericht: Es bestehen zwei Fisteln. Eine im stark narbig veränderten vorderen Scheidengewölbe, eine links höher im Scheidengewölbe. Beide Fisteln werden umschnitten, die Fistelöffnungen angefrischt, die Fistelkanäle mobilisiert, darauf die Fisteln mit Catgutknopfnähten geschlossen. Quere Vernähung der Vaginalanfrischungsstelle mit Catgut.

Entlassungsbefund: Geheilt.

———

Fall 14. B. K. 37 Jahre. Aufnahme: 10. 1. 16. Entlassung: 1. 3. 16.

Klinische Diagnose: Vesikovaginalfistel (Defekt von Blasenhals und Urethra).

Familien-Anamnese, Eigene Anamnese: o. B.

Menstruation: Menarche sehr früh, 4-wöchentlich, letzte Regel Ende Mai 1915.

Geburten: Drei. Erste und zweite spontan, dritte: Februar 1915. 33 Stunden Dauer. Stirngesichtslage. Perforation des lebenden Kindes.

Jetzige Beschwerden: Kurz nach der Perforation fiel aus der Blase ein nekrotischer Fetzen heraus. Am 17. 6. 15 vergeblicher Versuch einer Schließung der Fistel. Am 13. 7. 15: kombinierte Operation (vaginal und retrosymphysär). Defekt von Blasenhals und Urethra beseitigt. Fistel nicht geheilt. Wiederaufnahme.

Gynaekologischer Befund: Im oberen Teil der Wunde noch eine kleine Öffnung.

Operationsbericht: Es wird ein Doppellappen gebildet, bestehend aus vorderer Muttermundslippe und hinterer Blasenwand. Weiterhin werden noch Lappen gebildet, die zur urethralen Rohrbildung Verwendung finden. Durch eine Reihe von Nähten wird nun zunächst vorne an dem Harnröhrenwulst das Gewebe von den beiden Seiten her in der Mitte zusammengezogen und dadurch

ein kleines, mit Epithel bekleidetes Harnrohr hergestellt. Zum Schluß werden die übrigen Lappen über die ganze Wundfläche herübergenäht.

Entlassungsbefund: Mit zwei kleinen Fisteln entlassen.

Fall 15: K. D., 26 Jahre. Aufnahme: 7. 8. 15. Entlassung: 4. 9. 15.

Klinische Diagnose: Blasenscheidenfistel.

Familien-Anamnese: o. B.

Eigene Anamnese: Als Kind englische Krankheit.

Menstruation: Menarche mit 16 Jahren, 4-wöchentlich.

Geburten: Eine, dauerte angeblich 6 Tage. Kind war tot.

Jetzige Beschwerden: Zehn Tage nach der Geburt floß Urin durch die Scheide ab. Außerhalb der Klinik operiert. Nach vier Wochen kehrten die alten Beschwerden wieder.

Gynaekologischer Befund: In der Scheide, die entzündlich ist, Urin. In der vorderen Vaginalwand, etwas rechts von der Medianebene, eine narbige Einziehung, aus der sich Urin entleert. Die Portio ist narbig verzogen.

Operationsbericht: Längsschnitt über die vordere Scheidenwand bis zur vorderen Muttermundslippe. Präparation zweier Scheidenlappen. Loslösung der Blase von der Scheide. Die kleine Fistelöffnung wird angefrischt, und die Blasenöffnung in querer Richtung vereinigt. Alsdann werden die Scheidenlappen ganz minimal angefrischt und in Längsrichtung vereinigt. Dauerkatheter.

Entlassungsbefund: Wunde gut verheilt. Patientin liegt trocken.

Wiederaufnahme. 13. 7. 26. Entlassung 8. 9. 26.

Klinische Diagnose: Blasenscheiden-Zervixfistel (Cystocele, Rectocele, Descensus vag. ant., Prolapsus vag. post.)

Jetzige Beschwerden: Seit vier Jahren muß Patientin häufig Wasser lassen. Jetzt kann Patientin das Wasser nicht mehr halten.

Gynaekologischer Befund: Die hintere Vaginalwand hängt aus der Vulva heraus. Die vordere Scheidenwand ist narbig verändert. Mitten in dem Narbengewebe sieht man eine Fistel, aus der sich der Urin entleert. Verfolgt man mit der Sonde den Fistelgang, so kommt man überraschenderweise durch den Muttermund wieder in die Scheide.

Operationsbericht: Es wird ein Längsschnitt über die Scheidenwand gemacht und dann die Scheidenwand selbst von der Blasenwand abpräpariert. Die beiden Fistelöffnungen liegen nahe beieinander. Sie werden exzidiert, da sie mitten in narbigem, nicht durchblutetem Gewebe liegen, sodaß ein bohnengroßes Loch im frischen Blasengewebe entsteht. Dieses wird durch eine dreifache Naht von Knopfnähten verschlossen. Die Fistel, die durch das Collum führt, wird im Bereich der Collumwand exzidiert und durch Knopfnähte wieder verschlossen. Beseitigung der Cystocele und Rectocele. Verschluß der Scheidenwand.

Entlassungsbefund: Blase kontinent.

Fall 16: P. K. 40 Jahre. Aufnahme: 6. 9. 17. Entlassung: 10. 11. 17.

Klinische Diagnose: Eingewiesen wegen Metropath. haem. (Desc. Uteri) Vesicovaginalfistel.

Familien-Anamnese: Vater an Tbc. gestorben.

Eigene Anamnese: Als Kind Masern, Diphtherie.

Menstruation: Menarche mit 13 Jahren, 4-wöchentlich, 5—6 Tage. Letzte Periode vor 14 Tagen.

Geburten: 12. Stets Arzt dabei. Einmal Zange. Sonst immer Wendung. Extraktion. Eine Fehlgeburt.

Jetzige Beschwerden: Vaginale Totalexstirpation des Uterus, vordere Plastik und Blasenraffung, hintere Plastik. Elf Tage später geht Urin durch die Scheide ab.

Gynaekologischer Befund: Rechts von der Medianlinie eine Nische, in die man den Finger einlegen kann. Cystoskopisch: Fistel im Trigonum gelegen.

Operationsbericht: Es wird entsprechend dem Scheidenfistelrand eine Umschneidung vorgenommen. Der Fistelrand wird so mobilisiert, daß er in Längsreihe durch Catgutknopfnähte verschlossen werden kann. Nunmehr werden die Scheidenwundränder angefrischt und in querer Richtung vernäht. Dauerkatheter.

Entlassungsbefund: Blase kontinent.

———

Fall 17: A. G., 60 Jahre. Aufnahme: 22. 2. 18. Entlassung: 20. 3. 18.

Klinische Diagnose: Blasenscheidenfistel (Rectocele, Descensus uteri retroflexi senilis).

Familien-Anamnese, Eigene Anamnese: o. B.

Menstruation: Menopause mit 48 Jahren.

Geburten: Acht. Fünf Kinder tot (klein). Drei leben.

Jetzige Beschwerden: Nach der letzten Geburt bekam Patientin Vorfall. Ein weicher Gummiring wurde eingelegt. Seit zwei Jahren Schmerzen im Kreuz und Unterleib. Urin floß ab. Hartgummiring wurde eingelegt. Die Beschwerden wurden nicht besser.

Gynaekologischer Befund: In der Scheide befindet sich ein Celluloidring. Etwa zwei Querfinger breit hinter der Urethralmündung an der vorderen Scheidenwand ein Loch, durch das die Blasenschleimhaut ectropioniert ist.

Operationsbericht: Zwischen Fistel und Urethralöffnung wird ein Längsschnitt über die prolabierte Vaginalwand gemacht. Dieser Schnitt geht an der Fistel nach links und rechts auseinander um die Fistelöffnung zu umfassen. Die Auseinanderpräparierung der zwei Hohlorgane wird weitgehend vorgenommen. Darauf wird mit Catgutknopfnähten (auch durch submucöse Nähte) die Blasenfistel geschlossen. Schluß der Scheidenanfrischungsstelle in sagittaler Richtung. Dauerkatheter.

Entlassungsbefund: Fistel geheilt.

———

Fall 18: L. W., 22 Jahre. Aufnahme: 16. 9. 20. Entlassung: 7. 10. 20.

Klinische Diagnose: Vesico-urethral-vaginal-Fistel.

Familien-Anamnese: o. B.

Eigene Anamnese: Masern.

Menstruation: Menarche mit 18 Jahren, regelmäßig.

Jetzige Beschwerden: Patientin hat angeblich vor fünf Wochen mit einem spitzen Gegenstand die vordere Scheidenwand perforiert. Seit dieser Zeit kann Patientin Wasser nicht mehr halten.

Gynaekologischer Befund: Deflorata. Ungefähr 2 cm hinter der Urethralmündung kommt man auf eine 1/2 cm breite quere Fistelöffnung, die anscheinend nach der Blase führt.

Operationsbericht: Es wird die vordere Scheidenwand über der Fistel längs eingeschnitten und beiderseits Scheidenlappen abpräpariert. Die Blase wird von der Portio und den seitlichen Scheidenlappen z. T. losgelöst und dadurch die Fistel mobilisiert. Die Fistelränder werden durch Knopfnähte quer vereinigt und darüber die Scheidenschleimhaut vernäht. Tamponade der Scheide. Dauerkatheter.

Entlassungsbefund: Die Fistel ist gut geheilt.

———

Fall 19: A. K., 40 Jahre. Aufnahme: 19. 2. 23. Entlassung: 16. 3. 23.

Klinische Diagnose: Blasenscheidenfistel.

Familien-Anamnese: Vater an Schlaganfall, Mutter an Lungenentzündung gestorben.

Eigene Anamnese: Als Kind englische Krankheit, Masern und Diphtherie.
Menstruation: Menarche mit 21 Jahren, nie ganz regelmäßig.
Geburten: 1912 mit Kunsthilfe (Zange?), Kind lebt.
1917 Spontan, Kind gesund.
1919 Steißlage, Kind lebt.
1921 in Narkose entbunden, Kind tot.

Jetzige Beschwerden: Acht Tage nach der letzten Geburt eitriger Ausfluß. Urin war trübe. Arzt stellt eine Fistel fest. Nach zwei Monaten Operation. Fistel ging aber wieder auf.

Gynaekologischer Befund: Uterus retrov.-retrofl. Rechts die ganze vordere Scheidenwand äußerst narbig. Vordere Portiolippe fehlt, die hintere sieht stark laceriert aus. Ungefähr in der Mitte der vorderen Vaginalwand befindet sich eine überlinsengroße Fistelöffnung in die Blase.

Cystoskopie: Man sieht die Fistel als einen senkrecht gestellten Schlitz. Sie liegt ziemlich weit von den Uretermündungen entfernt.

Operationsbericht: Längsschnitt über die vordere Scheidenwand bis zum Urethralwulst. Umschneidung der Fistel. Erst nach längerem Präparieren gelingt es, eine dünne Gewebsplatte zu isolieren. Naht der Fistel durch Knopfnähte. Darüber Vereinigung des Septums und der Scheidenwundränder. Tamponade, Dauerkatheter.

Entlassungsbefund: geheilt.

———

Fall 20: M. Z., 51 Jahre. Aufnahme: 7. 5. 26. Entlassung: 5. 7. 26.

Klinische Diagnose: Blasenscheidenfistel. Cystitis mit Wandauflagerung.

Familienanamnese: Mutter an Schlaganfall, Vater an Altersschwäche gestorben.

Eigene Anamnese: Als Kind Keuchhusten. 1925 wegen Myom operiert. (Uterus mit Adnexen exstirpiert).

Menstruation: Menarche mit 18 Jahren, seit drei Jahren unregelmäßig.

Geburten: Zwei. Erstes Kind wurde zerstückelt. Zweites Kind Spontangeburt, Kind lebt.

Jetzige Beschwerden: Seit Operation kann Patientin das Wasser nicht halten. Wasser läuft durch die Scheide ab, dadurch Ekzem.

Gynaekologischer Befund: Eczema intertrigo auf den großen Labien. Entzündlich gerötet ist auch der Introitus und die Vaginalschleimhaut. Etwas nach links findet sich im hinteren Scheidengewölbe eine Nische. Füllt man die Blase mit Milch, so kommt dieselbe sofort aus obiger Stelle.

Cystoskopie: Links ein kleines Konkrement an der Blasenwand. Es sind entzündliche Auflagerungen vorhanden. Die Ureteren sind wohl beide unter diesen Auflagerungen verborgen.

Operationsbericht: Zunächst wird ein großer Scheidendamm-Hilfsschnitt auf der linken Seite gelegt. Nun ist die Fistel zugänglich geworden, und es wird jetzt die Scheidenwand ungefähr 4 cm lang gespalten. Hierauf wird die Scheidenwand von der dahinterliegenden Blasenwand losgelöst, nachdem man noch einmal per urethram und durch die Fistelöffnung hindurch Sonde und Katheter zusammengebracht hat. Schließlich sind große Scheidenlappen isoliert. Es gelingt nun durch entsprechend gelegte Nähte, die Öffnung abzuschließen. Endlich werden die recht ausgiebigen Scheidenlappen als Schlußdecke nach der Scheide zu in transversaler Richtung miteinander vereinigt, und dann noch die bis in die Auffrischungswunde hineinreichende große Episiotomie durch die Nähte geschlossen.

Entlassungsbefund: Patientin geheilt.

Fall 21: F. N., 21 Jahre. Aufnahme: 5. 3. 30. Entlassung: 28. 8. 30.
Klinische Diagnose: Vesicovaginalfistel.
Familien-Anamnese, Eigene Anamnese: o. B.
Menstruation: Menarche mit 15 Jahren, unregelmäßig, zwei bis vier Tage.
Geburten: Partus am 5. 3. 30, Kind tot.
Jetzige Beschwerden: Wasser fließt nach der Geburt durch die Scheide ab.
Gynaekologischer Befund: Per secundam geheilter D. R. Der Sphincterverschluß ist leidlich erhalten. Die Urethra hat 3 cm hinter der eigentlichen Urethralöffnung eine Fistel nach der Scheide zu. Etwa in der Mitte der Scheide besteht eine narbige Verengerung.
Operationsbericht: Scheidenschleimhautentlastungsschnitte. Die Fistel wird in ihren Rändern umschnitten. Sie liegt zum Teil im Bereiche der Blase selbst, zum Teil im Bereich der Harnröhre. Die Blasenschleimhaut bzw. die Wandteile des urethralen Rohres werden nun durch Catgutknopfnähte miteinander vereinigt und so die Fistelöffnung geschlossen. Es wird nun abpräparierte Scheidenschleimhaut zur Deckung verwandt und außerdem beiderseits die seitlichen Entlastungsschnitte durch Knopfnähte versorgt. Die Blase erweist sich als dicht.
Entlassungsbefund: Vesicovaginalfistel geheilt. Patientin mit Urethralschließmuskelinsuffizienz entlassen.

———

Fall 22: E. T., 27 Jahre. Aufnahme 24. 10. 23. Entlassung: 6. 11. 23.
Klinische Diagnose: Blasenscheidenfistel.
Familien-Anamnese: o. B.
Eigene Anamnese: Als Kind englische Krankheit. Mit 12 Jahren Lungenerkrankung. Mit 13 Jahren Typhus. 1918 Grippe. 1921 Abrasio wegen Placentarpolyp. 1923 (20. 2.) vordere und hintere Plastik, Alex. Adams'sche Operation.
Menstruation: Menarche mit 16 Jahren, regelmäßig.
Geburten: 1917: spontan, Kind mit 9 Monaten an Grippe gestorben.
1919: Beckendurchsägung rechts und hohe Zange.
1921: Frühgeburt. Wendung auf Fuß, Kind mit einem Tag gestorben.
1921: Fehlgeburt.
1922: Beckendurchsägung links, Kind gesund.
1923: Zwillinge, spontan, nach einem Tag gestorben.
Jetzige Beschwerden: Kurz nach der Entlassung aus der Klinik (plast. Op.) bemerkte Patientin Spontanabgang von Urin aus der Scheide. Nach der letzten Geburt (1923) wurde der spontane Urinabgang immer stärker. Blasenscheidenfistel wurde festgestellt.
Gynaekologischer Befund: Uterus antefl. Cystoskopisch: Das ganze Trigonum ist hochrot verfärbt, mit starker Gefäßinjektion, die Ureterenmündungen sind beiderseits schlitzförmige Öffnungen und arbeiten prompt. Beim Durchspülen der Blase mit Milch entleert sich etwa 2 cm hinter dem Scheideneingang aus einer punktförmigen Öffnung die Milch in konstantem Strahl.
Operationsbericht: In der Vagina wird in Höhe der Fistelöffnung ein kleiner Querschnitt gemacht und von ihm aus die Scheidenwand etwas nach oben und nach unten hin abpräpariert, sodaß hier die Blase etwas frei wird. Die Öffnung wird nun ringsum mit fortlaufenden Nähten versehen. Zur exakten Dekkung wird nun nochmals eine zweite Reihe von Nähten darüber gelegt. Die Spülprobe ergibt, daß keine undichte Stelle mehr vorhanden ist. Zum Schluß wird dann die abpräparierte Scheidenschleimhaut durch Knopfnähte vereinigt. Dauerkatheter.
Entlassungsbefund: Geheilt entlassen.
Wiederaufnahme: 20. 2. 26. Entlassung: 15. 3. 26.
Zwischen-Anamnese: Nach der Operation im Oktober 1923 war die Fistel geschlossen bis Dez. 1924, wo im sechsten Monat der Gravidität eine geringe

Inkontinenz eintrat, die nach der Geburt Februar 1925 schlimmer wurde und seither besteht. Im Juli 1925 wurde außerhalb der Klinik eine Sterilisation und Fisteloperation vorgenommen. 14 Tage nach der Entlassung trat das alte Leiden jedoch wieder von neuem auf.

Menses: Unregelmäßig alle drei bis vier Wochen, seit der Sterilisation nur einen halben Tag und sehr schwach.

Gynaekologischer Befund: Äußeres Genitale entzündlich verändert. Die vordere Scheidenwand ist zum größten Teil narbig verändert. Nur in der Nähe der Urethralöffnung ist sie gewulstet. Dort, wo der Wulst beginnt, sieht man eine kleine Fistelöffnung, aus der dauernd Urin abfließt.

Operationsbericht: Etwa 3—4 cm unterhalb des Harnröhrenwulstes befindet sich die Fistelstelle. Man findet zwei Öffnungen, durch die die Sonde in die Blase vordringt. Die beiden ganz dicht beieinander liegenden Öffnungen sind nur durch eine schmale Schleimhautbrücke getrennt, die durchtrennt wird. Über diese Stelle wird ein Längsschnitt gelegt und die Scheidenschleimhaut nach beiden Seiten abpräpariert. Die Blasenwand wird nun durch fortlaufende kurze Nähte und Knopfnähte geschlossen, ebenso die Scheidenschleimhaut. Ein Dauerkatheter wird nicht eingelegt.

Entlassungsbefund: Geheilt entlassen.

Wiederaufnahme: 7. 3. 28. Entlassung: 7. 4. 28.

Zwischen-Anamnese: Patientin klagt seit 1926 über Urinabgang.

Gynaekologischer Befund: Vordere Scheidenwand narbig. Auffüllen der Blase mit Milch. Etwa 3 cm hinter der Urethra befinden sich an der vorderen Scheidenwand zwei haarfeine Fisteln.

Operationsbericht: Längsschnitt über die vordere Scheidenwand, im Bereich der Fistel. Abpräparieren zweier seitlicher Lappen. Freilegung der Fistel. Diese wird mobilisiert, übernäht und dann wird die Scheidenwand wieder geschlossen. Dauerkatheter.

Entlassungsbefund: Geheilt entlassen.

Nachtrag: Seit 1931 dauernd Urinabgang. Periode alle 14 Tage ½ Tag. 1933 Operation einer Blasenscheidenfistel außerhalb der Klinik. Acht Wochen später wieder absolute Harninkontinenz. 1934: es besteht wieder eine Fistel. Patientin ist nicht operiert worden.

Fall 23: A. E., 26 Jahre. Aufnahme 8. 8. 30. Entlassung: 23. 9. 30.

Klinische Diagnose: Vesicovaginalfistel.

Familien-Anamnese: o. B.

Eigene Anamnese: Mit 12 Jahren Blinddarmoperation.

Menstruation: Menarche mit 18 Jahren, regelmäßig.

Geburten: eine normale, eine Totgeburt.

Jetzige Beschwerden: Wasser läuft sechs Wochen nach der Geburt durch die Scheide ab.

Gynaekologischer Befund: An der vorderen Scheidenwand, wo die Portio in die Scheide übergeht, befindet sich eine narbige Stelle, aus der sich kontinuierlich Urin entleert.

Operationsbericht: Es wird die Scheidenschleimhaut in der Längsrichtung über dem Fistelpunkt gespalten. Dann wird sie nach allen Seiten abpräpariert. Die Blase kann nur schrittweise gelöst werden. Es wird durch Catgutknopfnähte, die die Schleimhaut der Blase selbst nicht mitfassen, ein Verschluß der Fistel herbeigeführt. Jetzt wird die Blase mit Oxyzyanat gefüllt. Sie erweist sich als dicht. Die Scheidenschleimhaut wird wieder vereinigt. Einlegen eines Dauerkatheters aus Gummi.

Entlassungsbefund: Blase nicht kontinent. Durch die Naht der vorderen Scheidenwand geht Urin ab.

Bei zu großem Verlust der Scheidenschleimhaut wird von Küstner, Wolkowitsch und Freund die Cervix bzw. der Uterus zur Deckung des Defektes verwendet. Küstner macht an der vorderen Cervixwand einen Querschnitt, präpariert die Blase von der Cervix ab und führt dann einen bogenförmigen Schnitt über die vordere Scheidenwand um die Fistel. Nach Herabziehen des Uterus kann dann die Cervix zum Verschluß des Defektes verwendet werden. Er nennt seine Methode: „Die plastische Verwendung der Portio supravaginalis." Bei der anderen Methode wird der Uterus zur Schließung verwendet, so daß der Fundus vulvarwärts sieht. Freund verschließt dabei den Muttermund und schneidet deshalb ein Loch in den Fundus, um so dem Menstrualblut einen neuen Weg zu verschaffen.

Fall 24: M. S., 38 Jahre. Aufnahme: 24. 4. 11. Entlassung: 6. 8. 11.
Klinische Diagnose: Vesicovaginalfistel mit Inversion der Blase.
Familien-Anamnese, Eigene Anamnese: o. B.
Geburten: Vier normal, letzte am 6. 1. 11. Dauer 98 Stunden.
Jetzige Beschwerden: Unwillkürlicher Wasserabgang durch die Scheide nach der Geburt.
Gynaekologischer Befund: Es entwickelt sich im Anschluß an die Geburt eine puerperale Endometritis und Colpitis gangraenosa. Durch die Nekrose der Scheidenwand bildet sich eine große Fistel, durch die die invertierte Blase in die Scheide tritt. Im oberen Scheidenteil bestehen narbige Stränge und Verwachsungen.
Operationsbericht: Die Prolapsöffnung der Blase wird umschnitten. Es gelingt, den Blasenscheidenfistelumschlagrand überall tief zu mobilisieren. Darauf wird zur Wiederbildung eines Blasenhalses links und rechts neben dem oberen Abschnitt und der kurzen noch bestehenden Urethra eingegangen, um wieder ein Septum an dieser Stelle bilden zu können, wobei das Tuberculum urethrae bis hart an die Urethralmündung gespalten wird. Darauf immer mit Knopfnähten Bildung eines Septums über den oberen Abschnitten der Urethra und von da nach oben fortschreitend submucöse Knopfnähte, die die Fistel schließen. Es wird zum Schluß die vordere Muttermundslippe auf den obersten Abschnitt des vereinigten Blasendefektes durch eine Quernaht darauf genäht. Nur der oberste Teil des Blasendefektes kann mit Portio gedeckt werden.
Entlassungsbefund: Geheilt entlassen.

———

Fall 25: K. L., 33 Jahre. Aufnahme: 23. 5. 34. Entlassung: 3. 8. 34.
Klinische Diagnose: Blasen-Scheiden-Harnröhrenfistel.
Familien-Anamnese: o. B.
Eigene Anamnese: Als Kind Masern.
Menstruation: Menarche mit 14 Jahren. Periode regelmäßig.
Geburten: 1931 Zangengeburt. Kind lebt.
Jetzige Beschwerden: Seit der Geburt geht dauernd Urin ab. 1932 Blasenscheidenfisteloperation außerhalb der Klinik, jedoch ohne Erfolg. Die Portio supravaginalis wurde als Deckung auf die Blasennaht aufgenäht.
Cystoskopie: Es findet sich oberhalb einer ganz kurzen urethralen Brücke eine große Fistel, in die der Zeigefinger eindringen kann. Offenbar handelt es sich dabei auch um eine Urethralfistel, die bis zum Blasenboden reicht.

Operationsbericht: Die Fistel wird von oben her allseitig umschnitten und der Schnitt auf der Portio bis zur Muttermundslippe heruntergeführt. Dann wird nach allen Seiten das Gewebe frei präpariert und mobilisiert. Am schwierigsten ist die Mobilisierung an der Portio, wo die Blase ja früher durch die erste Operation fixiert worden ist. Die Blase wird quer in atypischer Weise geschlossen und auch so der urethrale Defekt gedeckt. Dann wird die Portio ganz unter die Blase gelegt, sodaß sie in Retroversionsstellung mit dem Muttermund nach der Symphyse schaut. Zuvor ist natürlich der Halskanal erst neu durch Knopfnähte aufgebaut. Die Schleimhauträndер werden der Situation entsprechend passend miteinander vereinigt.

Entlassungsbefund: Fistel besteht noch, Harnträufeln bei gespreizten Beinen und beim Gehen.

———

Fall 26: B. S., 29 Jahre. Aufnahme: 1. 11. 16. Gestorben: 12. 11. 16.

Klinische Diagnose: Vesicovaginalfistel (Defekt der Urethra und des M. Sphincter int.).

Familien-Anamnese: o. B.

Eigene Anamnese: Als Kind Diphtherie.

Menstruation: Menarche mit 15 Jahren, regelmäßig. Jetzt amenorrhoisch wegen Bestrahlung.

Geburten: Eine Totgeburt vor drei Jahren, Zange wegen protrahierter Geburt. Manuelle Lösung der Plazenta.

Jetzige Beschwerden: Seit der Geburt soll Urin unwillkürlich abgehen. Vor eineinhalb Jahren Eiterung mit starken Schmerzen in der Blasengegend. Deswegen vor einem Jahr mit Röntgenstrahlen behandelt. Seitdem ist die Periode ausgeblieben. Sie soll ein Ca. vesicae gehabt haben.

Gynaekologischer Befund: Von der Harnröhre ist ein etwa 2 cm langes Stück übrig geblieben. Weit hinter dem Introitus stößt man auf eine ringförmige Striktur (Ca vesicae mit Durchbruch in die Scheide). Kleine Portio vaginalis, die mit der narbig veränderten vorderen Scheidenwand zusammenhängt. Vor der Striktur gerät der Finger in eine Öffnung, die in das Blaseninnere führt.

Operationsbericht: Erst wird durch Einschnitte die Striktur in der Scheide erweitert. Die Fistelöffnung wird umschnitten. Auch der zentrale Abschnitt des Harnröhrenrestes wird angefrischt. Die umschnittene Stelle bildet eine Art Manschette, die zum Verschluß der Fistel dienen soll. An der Grenze von unterem Fistelrand und Portio wird präparatorisch in die Tiefe gegangen, die Blasenumschlagfalte eröffnet, bis der verkleinerte Uterus erreicht ist. Er wird zunächst angeschlungen. Die Manschette wird zum Verschluß der Fistelöffnung benutzt. Danach wird der Uterus aus der Kolpotomieöffnung hervorgeleitet und zur Pelottenbildung genommen. Der Scheidenwundrand wird zur Verbindung mit dem Uteruskörper benützt. Der Uterus fügt sich sehr schön als Pelotte unter den Harnröhrenrand ein.

Nachtrag: Incision rechts über der Darmbeinschaufel wegen einer Eiterung. Im Eiter waren gramneg. und grampos. Kokken und Stäbchen. Patientin starb am 12. 11. 1916.

Füth hat genau wie Küstner einen Teil der Scheidenschleimhaut um die Fistel stehen lassen. Er führt jedoch von dem Bogenschnitt um die Fistel einen Längsschnitt nach oben und unten und löst dann die Blasen- von der Scheidenschleimhaut. Mit der losgelösten Scheidenschleimhaut bildet er einen Schleimhautring, der zum Fistelverschluß dient.

Fall 27: A. B., 26 Jahre. Aufnahme: 19. 4. 34. Entlassung 9. 5. 34.
Klinische Diagnose: Blasenscheidenfistel.
Familien-Anamnese: Sieben Geschwister gestorben.
Eigene Anamnese: Als Kind Rachitis. Mit 20 Jahren Otitis media mit Operation.
Menstruation: Menarche mit 20 Jahren; regelmäßig.
Geburten: 1. Januar 1934 Zangengeburt, Kind lebt.
Jetzige Beschwerden: Patientin leidet an Harninkontinenz seit der Geburt.
Gynaekologischer Befund: Im vorderen Scheidengewölbe in der Verlängerung eines Lazerationsrisses Blasenscheidenfistel, die durch Methylenblauinstellation in die Blase einwandfrei nachgewiesen werden kann.
Operationsbericht: Die Portio wird mit Kugelzangen gefaßt, das Fistelgebiet nach Füth freigelegt; die Scheidenschleimhaut wird hier gespalten und rundherum durch seitliches Unterminieren freipräpariert. Dann wird die Fistel durch eine Knopfnahtreihe verschlossen und dafür gesorgt, daß alles Gewebe spannungsfrei liegt. Naht der Scheidenschleimhaut. Dauerkatheter, Streifen in die Scheide.
Entlassungsbefund: Patientin geheilt entlassen.

Bei schwer zugänglichen, hochsitzenden Fisteln hat Trendelenburg ein neues Verfahren durch eine endovesikale Operationsmethode angewandt. Nach Beckenhochlagerung führt er einen Querschnitt oberhalb der Symphyse aus und legt die Blase extraperitoneal frei. Die Blase wird an der vorderen Wand eröffnet und somit die Fistel freigelegt. Nach Anfrischung wird sie dann durch Naht geschlossen.

In ganz schwierigen Fällen, wenn ein Weiterkommen auf vaginalem Wege nicht mehr möglich ist, kann man zu einem kombinierten abdominalen und vaginalen Vorgehen schreiten.

Fall 28: E. Z., 46 Jahre. Aufnahme: 2. 2. 12. Entlassung: 4. 4. 12.
Klinische Diagnose: Rechtsseitige Ureter-Blasen-Scheidenfistel.
Familien-Anamnese: o. B.
Eigene Anamnese: Vor 9 Jahren Operation eines Nasenepithelioms. Jan. 1911 Exstirpatio uteri et ovar. wegen Collumca. Dabei Verletzung des rechten Ureters.
Menstruation: Menarche mit 14 Jahren, regelmäßig.
Geburten: Vier normale Geburten.
Jetzige Beschwerden: Patientin wurde Januar 1911 wegen Ca. uteri operiert. Der Arzt stellte am Ende der zweiten Woche eine Ureterscheidenfistel fest.
Gynaekologischer Befund: In der rechten oberen Ecke des Scheidentrichters eine für einen Bleistift bequem durchgängige Öffnung, durch welche man eine Sonde in die Blase einführen kann.
Cystoskopie: ergibt ein ebenfalls für einen Bleistift bequem durchgängiges Loch am rechten Blasenzipfel und direkt an der Gegend des rechten Ureters.
Operationsbericht: Querschnitt durch die Bauchdecken. Eröffnung des Peritoneums und Freipräparierung des Uterus bis zur Blase. Nach Eröffnung des Scheidenstumpfes bis zur Einmündung des Ureters gelingt es, die Fistel freizulegen. Der Fistelrand wird umschnitten und freipräpariert. Zu beiden Seiten des rechten Ureters werden Lappen gebildet, die zum Verschluß der Fistelöffnung dienen. Schließung des Peritoneums und der Bauchdecken.
Entlassungsbefund: Geheilt.

———

Fall 29: L. K., 33 Jahre. Aufnahme: 2. 6. 23. Entlassung: 1. 8. 23.
Klinische Diagnose: Blasenscheidenfistel, Ovarialcyste links.
Familien-Anamnese: Vater an Nieren- und Blasenleiden, Mutter an Schlaganfall gestorben.
Eigene Anamnese: Als Kind Masern. Im Oktober 1922 Zangengeburt. Im Anschluß daran Operation wegen Incontinentia urinae.
Menstruation: Menarche mit 17 Jahren, regelmäßig.
Geburten: Oktober 1922 Zangengeburt.
Jetzige Beschwerden: Patientin konnte 24 Stunden nach Partus kein Wasser lassen, dann ging plötzlich das ganze Wasser ab. Seitdem besteht Inkontinenz die auch durch Operation nicht behoben wurde.
Cystoskopie: Blasenschleimhaut überall gerötet. Links lateral vom Ureter sieht man zwei bläulich durchschimmernde, kleine ovale Öffnungen, die etwa linsengroß erscheinen. Beide Ureteren lassen sich sondieren.
Operationsbericht: Die Fistel wird im linken oberen Scheidengewölbe freigelegt. Da ein Weiterkommen auf vaginalem Wege nicht möglich ist, wird zur Laparotomie geschritten. Nach Umstechung der Tube wird der Uterus mobilisiert, wobei gleichzeitig die linken Adnexe entfernt werden. Hierauf wird, nachdem ein Durchweg zwischen Vagina und vorderem Douglas geschaffen ist, der Uteruskörper durch diese Öffnung durchgeführt und als Stützpelotte unter die Blase gelegt. Fixierung der Scheidenschleimhaut am Uterusperitoneum. Schluß der Bauchdecken in üblicher Weise.
Entlassungsbefund: Patientin liegt dauernd naß; vorläufige Entlassung.

Von Martius wird eine Lappenplastik angegeben, bei welcher der Defekt durch einen Lappen gedeckt wird, der den Musc. Bulbocavernosus enthält. Nach dieser Operationsmethode wurde ein Fall erfolgreich operiert, der jedoch hier keine Berücksichtigung findet. Martius verfährt folgendermaßen:

„Man tastet sich, indem man die Schamlippen der einen Seite zwischen zwei Finger nimmt, den dort verlaufenden, aus Muskulatur und Fett bestehenden Gewebswulst ab, macht über demselben einen etwa 5–6 cm langen Hautschnitt, der etwa an der Grenze zwischen der kleinen und großen Schamlippe verläuft. Dann präpariert man aus dem gefühlten Gewebe einen hinteren gestielten 1½ bis 2 cm breiten möglichst dicken Lappen heraus, der dann auch den Musc. Bulbocavernosus enthält. Vorne wird der gestielte Lappen abgetrennt, hinten bleibt er in breiter natürlicher Verbindung, was den großen Vorteil hat, daß die versorgenden Gefäße und Nerven die von hinten außen an die Muskulatur herantreten, erhalten bleiben. Nachdem der Lappen gebildet ist, wird in dem Wundbett die Blutstillung vorgenommen. Dann sucht man sich von der Scheidenwunde aus nahe dem Schambeinknochen die beste Stelle für die Untertunnelung der kleinen Labie und stellt mit einigen Scherenschlägen einen Tunnel her, der den Lappen bequem durchläßt. Den gestielten Lappen zieht man scheidenwärts durch den Tunnel hindurch. Der Lappen wird dann auf das Fistelnahtgebiet gelegt und auf der anderen Seite möglichst tief im Scheidenwund-

winkel mit einer oder mehreren Catgutnähten fixiert. Es folgt die Deckung des Transplantates mit der Scheidennaht."

Zur Nachbehandlung einer Fisteloperation wird am besten ein Dauerkatheter, wie der am meisten gebrauchte Skenesche Katheter, in die Blase eingelegt, der 4—6 Tage liegen bleiben soll. Hiermit wird die Überlastung der Blase und somit Zerrungen an der Wunde vermieden. Vor der Entlassung ist es nochmals ratsam, sich durch einen cystoskopischen Befund Klarheit zu verschaffen, in welcher Weise die Heilung des Defektes stattgefunden hat.

In den Jahren 1910 bis 1934 wurden 29 Fälle von Blasenscheidenfisteln operiert. Der Entstehung nach können diese 29 Fälle eingeteilt werden in:

1. Durch Geburt hervorgerufene Fisteln: 17.
   a) Zange: 7 (Fall: 1, 2, 9, 25, 26, 27, 29.)
   b) Zerstückelung: 3 (Fall: 7, 14, 11).
   c) Wendung: 1 (Fall: 13).
   d) Lange Geburtsdauer: 3 (Fall: 3, 15, 24).
   e) Post partum entstanden (Aetiologie unbekannt): 3 (Fall: 19, 21, 23).

2. Gynaekologische Fisteln: 12.
   a) Totalexstirpation des Uterus: 6 (Fall: 4, 5, 6, 16, 20, 28).
   b) Colpocystostomie: 2 (Fall: 8, 12).
   c) Vordere und hintere Plastik: 1 (Fall: 22).
   d) Lösung der Gebärmutter: 1 (Fall: 10).
   e) Pessar: 1 (Fall: 17).
   f) Verletzung: 1 (Fall: 18).

Daraus ist ersichtlich, daß die geburtshilflichen Fisteln die gynaekologischen überwiegen. Ihre zeitliche Verteilung kann man aus folgender Tabelle ersehen, wobei in den nicht erwähnten Jahren auch kein Fall operiert wurde. Es ist bemerkenswert, daß die Anzahl der Fisteln in den Nachkriegsjahren auf das Minimum gesunken ist.

Jahr	Geburtsh. Fist.	Gynaek. Fist.	Insgesamt
1911	3	1	4
1912	1	3	4
1915	2	—	2
1916	2	—	2
1917	—	1	1
1918	—	1	1
1920	—	1	1
1923	2	—	2
1926	1	3	4
1927	1	—	1
1928	1	1	2
1930	2	1	3
1934	2	—	2

Weiterhin verteilen sich die Fisteln auf folgende Operationsmethoden:

1) Durch Naht nach Anfrischung geschlossen: 4 (Fall: 1—4).
2) Lappenspaltung: 3 (Fall: 5—7).
3) Lappenplastik: 16 (Fall 8—23).
4) Verwendung der Portio und des Uterus: 3 (Fall 24—26).
5) Nach Füth: 1 (Fall: 27).
6) Abdominale oder kombinierte abdom-vag. Operationsmethoden: 2 (Fall: 28, 29).

Bei schwer zugänglichen Fisteln oder solchen mit allzugroßem Substanzverlust gelingt es nicht immer, durch die erste Operation vollen Erfolg zu erzielen, was die Zahl der Fälle zeigt, in denen Patientinnen zwei- und mehrmals, auch außerhalb der Klinik, operiert wurden:

Fall 5: 3 mal operiert, Fall 15: 3 mal operiert.
Fall 9: 2 mal operiert, Fall 19: 2 mal operiert.
Fall 11: 2 mal operiert, Fall 22: 5 mal operiert.
Fall 13: 2 mal operiert, Fall 25: 2 mal operiert.
Fall 14: 3 mal operiert, Fall 29: 2 mal operiert.

Bei ausgedehnten Vesicovaginalfisteln finden sich oft Defekte, die bis in den Blasenhals reichen oder bei denen sogar die Urethra fast vollständig fehlt; hier sind in fünf Fällen Urethraldefekte zu verzeichnen (Fall: 14, 18, 21, 25, 26). Außerdem findet sich in einem Fall eine Ureter-Blasen-Scheidenfistel.

Zum Schluß sei auf die Erfolge eingegangen: Von 29 Fällen konnten 23 geheilt entlassen werden. In 6 Fällen (Fall: 14, 22, 23, 25, 26, 29) gelang es nicht, eine völlige Kontinenz wiederherzustellen.

Die Prognose einer Blasenscheidenfisteloperation ist also keine ungünstige, wenn der Chirurg die nötige Erfahrung und Technik besitzt und der Substanzverlust nicht ein übermäßiger gewesen ist.

Zum Schlusse erlaube ich mir, Herrn Professor Dr. Runge für die gütige Überlassung des Materials, sowie Herrn Oberarzt Dr. Jakobi für die freundliche Unterstützung bei der Arbeit meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Literatur.

Archiv für Gynaekologie: Rübsamen: Zur Füth'schen Operationsmethode, 1920.
Doederlein: Handbuch der Geburtshilfe.
Doederlein-Kroenig: Operative Gynaekologie.
Fehling: Frauenkrankheiten.
Fritsch: Krankheiten der Frauen.
Hegar-Kaltenbach: Operative Gynaekologie.
Jaschke-Pankow: Lehrbuch der Gynaekologie.
Kneise: Handatlas der Cystoskopie.
Peham-Amreich: Gynaekologische Operationslehre.
Schauta: Lehrbuch der gesamten Gynaekologie.
Schroeder-Hofmeier: Weibliche Geschlechtsorgane.
Stoeckel: Lehrbuch der Geburtshilfe.
Stoeckel: Cystoskopie des Gynaekologen.
Veith: Handbuch der Gynaekologie (Bd. 2).
Winkel: Lehrbuch für Frauenkrankheiten.
Wossidlo: Cystoskopischer Atlas.
Zentralblatt für Gynaekologie: Wolkowitsch: Eine plastische Methode, Vesicovaginalfisteln durch den Uterus zu verschließen (1904).
Fraenkel: Die Operation komplizierter Blasenscheidenfisteln (1924).
Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynaekologie:
Küstner: Die Operation der Blasen-Genitalfisteln unter Benutzung der vorderen Cervixwand (1910).
Martius: Über die Behandlung von Blasenscheidenfisteln insbesondere mit Hilfe einer Lappenplastik (1932).

Lebenslauf.

Am 21. Juli 1912 wurde ich in Mannheim als Tochter des Justizinspektors Friedrich Hallbauer und seiner Ehefrau Anna geb. Mayer geboren. Nach Besuch des Luiseninstituts in Mannheim, der Volksschule und des Töchterinstituts in Pforzheim trat ich im Herbst 1922 in die Sexta der Mädchen-Oberrealschule Pforzheim ein, die ich nach Ablegung des Abiturientenexamens an Ostern 1931 verließ. Hierauf begann ich das medizinische Studium. Meine vorklinischen Semester verbrachte ich an den Universitäten Heidelberg und Freiburg, um dann in Heidelberg 1933 die ärztliche Vorprüfung abzulegen. Dann setzte ich meine Studien an den Hochschulen in Heidelberg und Tübingen fort und bestand im Herbst 1936 in Heidelberg das medizinische Staatsexamen.